

肝炎治療受給者証（核酸アナログ製剤治療）の交付申請に係る診断書（新規）

| | | | | |
|-------------|--|------------------|--|---|
| フリガナ | | 性別 | 生年月日（年齢） | |
| 患者氏名 | | 男 女 | 年 月 日生（満 歳） | |
| 住 所 | (〒 -) 電話番号 () - | | | |
| 診断年月 | 年 月 | 前医（あれば 記載する。） | 医療機関名 医師名 | |
| 現在の 治療 | 現在の核酸アナログ製剤治療の有無 ありの場合、核酸アナログ製剤治療の継続の必要 | | 1 あり 2 なし 1 あり 2 なし | |
| 検査所見 | 核酸アナログ製剤治療開始前のデータ | | 直近のデータ (治療開始後3か月以内の者は記載不要) | |
| | 1 B型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 年 月 日) (1)HBs抗原(+・-) (該当する方を○で囲む。) (2)HBe抗原(+・-) (該当する方を○で囲む。) (3)HBe抗体(+・-) (該当する方を○で囲む。) (4)HBV-DNA定量 _____ (単位: _____、測定法 _____) | | 1 B型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 年 月 日) (1)HBs抗原(+・-) (該当する方を○で囲む。) (2)HBe抗原(+・-) (該当する方を○で囲む。) (3)HBe抗体(+・-) (該当する方を○で囲む。) (4)HBV-DNA定量 _____ (単位: _____、測定法 _____) | |
| | 2 血液検査 (検査日: 年 月 日) AST _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) ALT _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) 血小板数 _____ / μ l (施設の基準値: _____ ~ _____) | | 2 血液検査 (検査日: 年 月 日) AST _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) ALT _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) 血小板数 _____ / μ l (施設の基準値: _____ ~ _____) | |
| | 3 画像診断および肝生検などの所見 (検査日: 年 月 日) (検査方法: _____) (所見: _____) | | 3 画像診断および肝生検などの所見 (検査日: 年 月 日) (検査方法: _____) (所見: _____) | |
| 診 断 | 該当番号を○で囲む。 1 慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる) 2 代償性肝硬変 (B型肝炎ウイルスによる) 3 非代償性肝硬変 (B型肝炎ウイルスによる) | | | |
| 治療内容 | 該当番号を○で囲む。(併用の場合は複数選択) 1 エンテカビル 2 ラミブジン 3 アデホビル 4 テノホビル 5 その他 (具体的に記載してください。) 治療開始日(予定を含む。) 年 月 日 | | | |
| 治療上の 問題点 | | | | |
| 医療機関名および所在地 | 記載年月日 | | 年 月 日 | |
| 医師氏名 | TEL | | - | - |

(注)

- 1 診断書の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。
- 2 記載日前3か月以内の資料に基づいて記載してください。ただし「核酸アナログ製剤治療開始前データ」については、核酸アナログ製剤治療中の場合は、治療開始時の資料に基づいて記載してください。
- 3 治療開始前データが不明の場合は、治療開始後、確認できる範囲内のもっとも古いデータを記載してください。
- 4 記入漏れのある場合は認定できないことがあるので、御注意ください。